

# Oppfølging av Konsernrevisjonens Rapport

6/2020:

## Uønskede hendelser ved SSHF

Styremøte SSHF

Nina Mevold/Susanne Hernes/ Nina Føreland

Kristiansand 29.10.2020

***Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement***

# Tidsplan behandling og oppfølging av konsernrevisjonsrapporten høsten 2020

| Datoer                 | Aktiviteter   |
|------------------------|---|
| <b>16-18 september</b> | Møter med fagmiljø SSF og SSK (felles Skypemøte)<br>Tillitsvalgte, Brukerutvalget /Pasientombudet<br>Fylkesmannen, vertskommunene- ordfører og rådmenn, samt fylket     |
| <b>17. september</b>   | Offentliggjøring av rapport og styresaksutsendelse HSØ<br>Pressemelding HSØ og SSHF   |
| <b>22. september</b>   | Foretaksledelsen-møtet pluss avd.sjef SSK og SSF  |
| <b>23. september</b>   | Adm.dir fellesmøte med klinikkledelser  |
| <b>24. september</b>   | Styremøte HSØ   |
| <b>25. september</b>   | Dialogmøte med tillitsvalgte, brukerutvalget, pasientombudet<br>Ekstraordinært styremøte SSHF –orienteringssak<br>Allmøter SSF og SSF<br>Orientering i Helsefelleskapet |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>6. oktober</b>  | Gjennomgang i Foretaksledelsen  |
| <b>12. oktober</b> | Ungdomsrådet  |
| <b>14. oktober</b> | Orientering Agderbenken, Stortinget   |
| <b>16. oktober</b> | Dialogmøte med tillitsvalgte- presentasjon av rapport og utkast til oppfølging av anbefalinger          |
| <b>19. oktober</b> | Tema på avdelingssjefsamling  |
| <b>20. oktober</b> | Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20 i foretaksledelsen                                  |
| <b>22. oktober</b> | Orientering i Helsefelleskapet<br>Utsendelse av styresaker SSHF   |
| <b>26. oktober</b> | Dialog- og drøftningsmøte med tillitsvalgte, HAMU og BU   |
| <b>29. oktober</b> | Styremøte SSHF med behandling av vår oppfølging av KR-rapporten   |
| <b>3. november</b> | Møte med Fylkesmannen   |
| <b>Høsten 2020</b> | Rapportering til styret på status for oppfølging av Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20 |

# Utarbeidelse av oppfølgingsplan

- Konsernrevisjonen tema på fellesmøte med klinikkledelsene
- Tema fra rapporten ble grundig arbeidet med på administrerende direktørs avdelingssjefsamling i oktober.
- Klinikkledelsene har diskutert og gitt sine innspill på følgende:
  - Hva er denne klinikkledelsens innspill til oppfølging av anbefalingene rapporten?
  - Hvor er de viktigste manglene i våre systemer?
  - Hva er de viktigste tiltakene?
- Gjennomført egen rotårsaksanalyse

# ÅTTE OMRÅDER FOR OPPFØLGING

-  1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF
-  2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi
-  3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF
-  4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF
-  5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF
-  6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning
-  7. Håndtering av uønskede hendelser
-  8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp



# Anbefalinger – åtte områder

## **1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF**

- styrke oppfølgingen av at indikasjon før operasjoner blir fastsatt i tråd med nasjonale retningslinjer.

## **2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi**

-styrke rutinene for informasjon til pasienter. Dette gjelder hvilken informasjon pasienter skal få om risikoer, behandlingsvalg og prognose, samt hvordan dette skal dokumenteres i journal.

## **3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF**

-Forvaltningssystem for listene over tillatte operasjoner i SSF. Spesifisere lister for generell kirurgi, vurdere listen for ortopediske inngrep, modell for forvaltning.

## **4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF**

- sikre dokumentasjon på vurderinger av faglige kvalifikasjoner og personlig egnethet, og at sentrale dokumenter som attester og liknende innhentes og arkiveres, dokumentere referanser.

## **5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF**

-arbeide videre med å etablere et tettere faglig samarbeid innen de kirurgiske fagområdene i SSHF (felles tilrettelegging for og oppfølging av faglig praksis, vedlikehold og utvikling av kompetanse, vurdering av kompetanse ved ansettelse av kirurger i SSF)

## **6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning**

-tiltak for å sikre dokumentasjon under LIS-forløp.

## **7. Håndtering av uønskede hendelser**

-fullføre planlagte tiltak for å videreutvikle prosesser for å melde inn og håndtere uønskede hendelser (melde avvik tidsriktig i første instans ved operasjoner, reoperasjoner og polikliniske kontroller, tydeliggjøre ansvar, vurdere effekt av tiltak, analyser)

## **8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp**

Vi anbefaler at SSF i etterkant av planlagte konsultasjoner for pasienter som ønsket en ny vurdering, gjør en analyse av resultatene fra gjennomførte konsultasjoner. Formålet vil her være å vurdere om det er noen operasjonstyper hvor et større utvalg pasienter bør gjennomgås.

# Konsernrevisjonen hovedkonklusjoner

## Konklusjoner

Kvalitet i operasjons-aktiviteter i Flekkefjord

- Etablerte tiltak legger til rette for god kvalitet
- Ytterligere tiltak bør likevel vurderes

LIS-opplæring i SSHF og oppfølging av legen i SSK

- Hensiktsmessig system for LIS-opplæring
- Ikke tilstrekkelig tilpasning ved overføringen av lege

Håndtering av uønskede hendelser

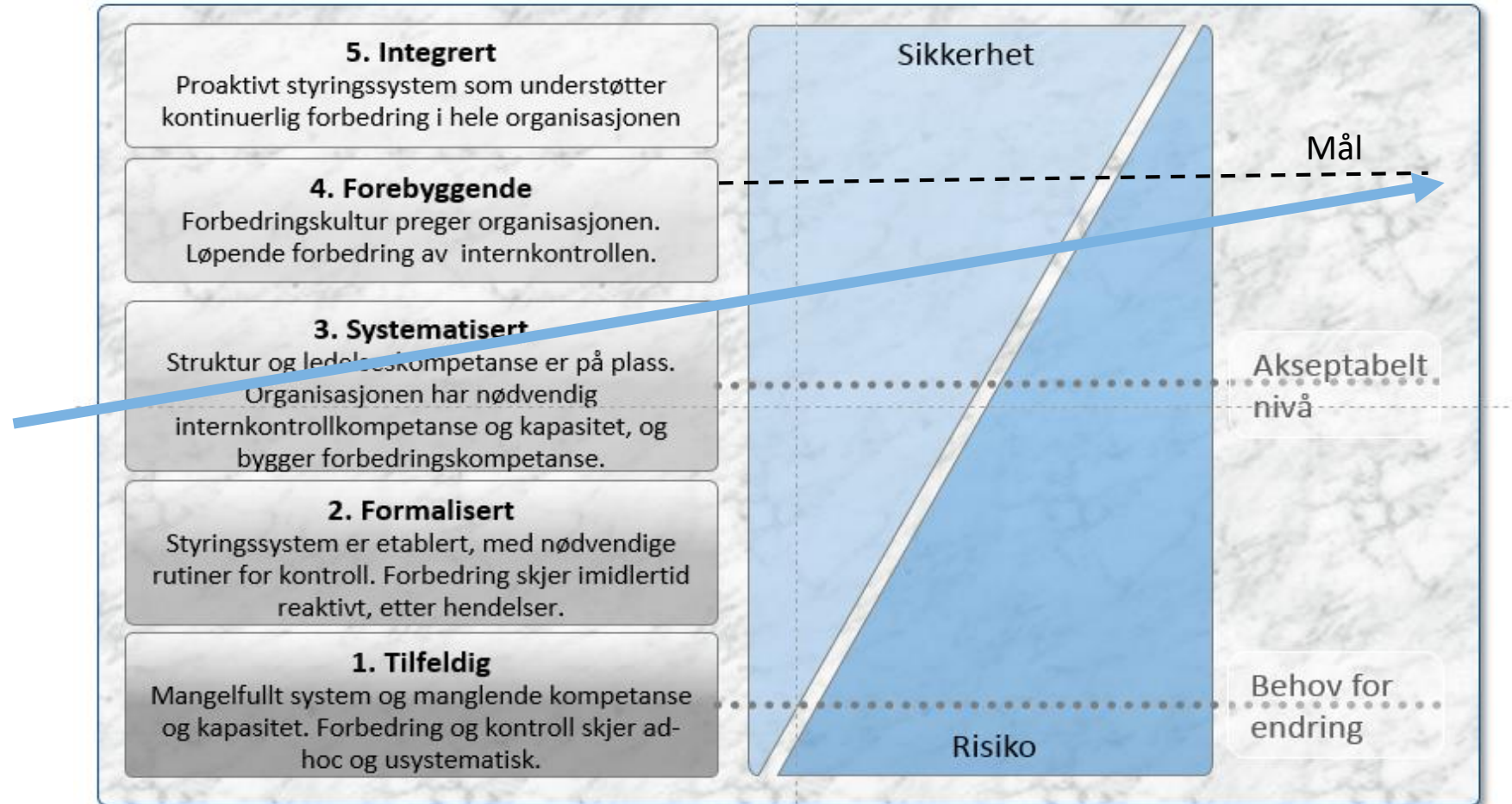
- Hensiktsmessig system for håndtering av uønskede hendelser
- Avvik knyttet til legen er i mindre grad håndtert i tråd med føringene

Oppfølging av tidligere pasienter

- Egnert tilnærming ved oppfølging av tidligere pasienter
- Noe variasjon i avdelingenes systematikk

# SSHFs modenhetsskala for styrings- og kvalitetssystem

## Modell for SSHF – styringssystemets modenhet



# Ledelsesmessige og organisatoriske forhold ved SSF 2015-18

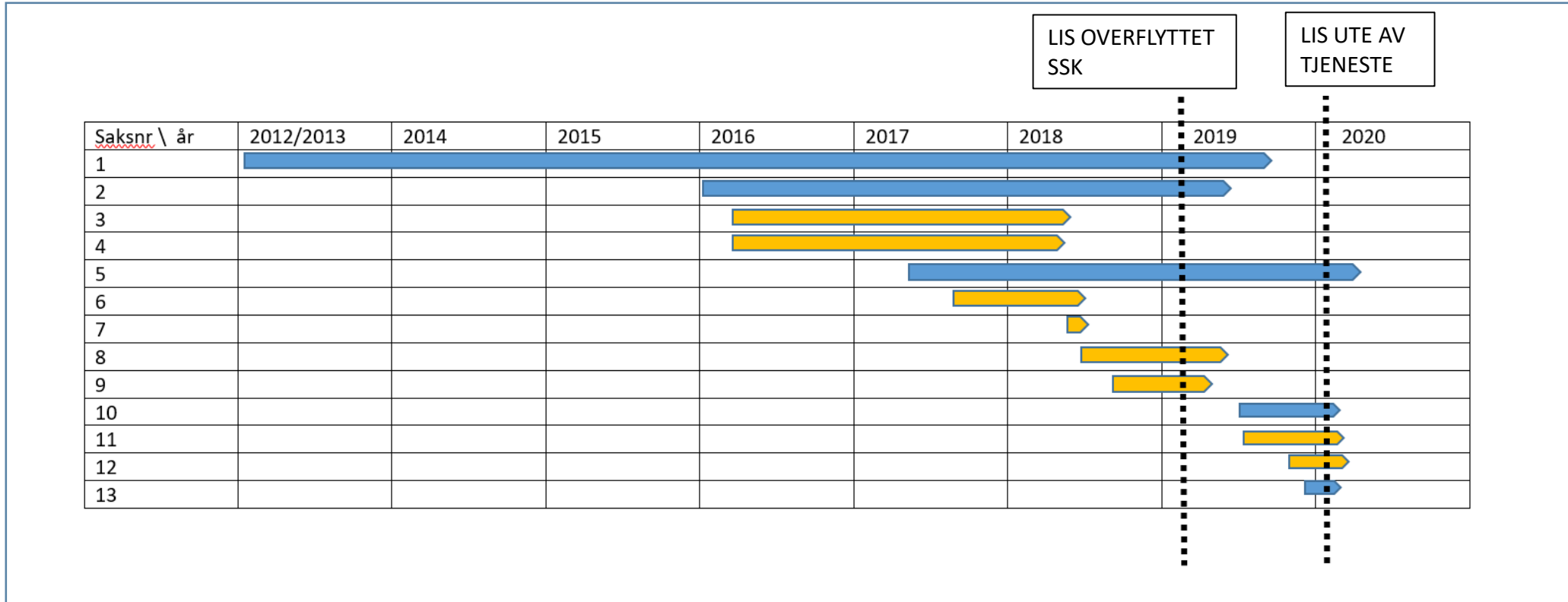
- Omorganisering fra tverrgående til stedlig klinikkledelse av foretaket i 2015
  - (For) rask prosess -> 3 mnd
  - Ikke tilstrekkelig oppfølging av kompensierende tiltak som samarbeid på tvers
- Hyppige lederskifter ved SSF (klinikk og avdelingsnivå)

| 2016                         | 2017  | 2018        | 2019                                    | 2020              | 2021 |
|------------------------------|-------|-------------|---|-------------------|------|
| TIDLIGERE AD JRO             |       | KONST AD PQ | NY ADMINISTRERENDE DIREKTØR NM          |                   |      |
| TIDLIGERE FAGDIREKTØR PE     |       |             |   | NY FAGDIREKTØR SH |      |
| TIDLIGERE KLINIKKDIREKTØR AS |       | KONST VØH   | NY KLINIKKDIREKTØR ØEO                  |                   |      |
|                              |       |             | NY AVDELINGSLEDER KIRURGISK AVDELING EU |                   |      |
| HAALAND                      | HANNU | ANDERSEN    | NY FAGANSVARLIG ORTOPEDI BOEL           |                   |      |

- Rekrutteringsutfordringer
- Gjentatte meldinger fra tillitsvalgte og klinikere

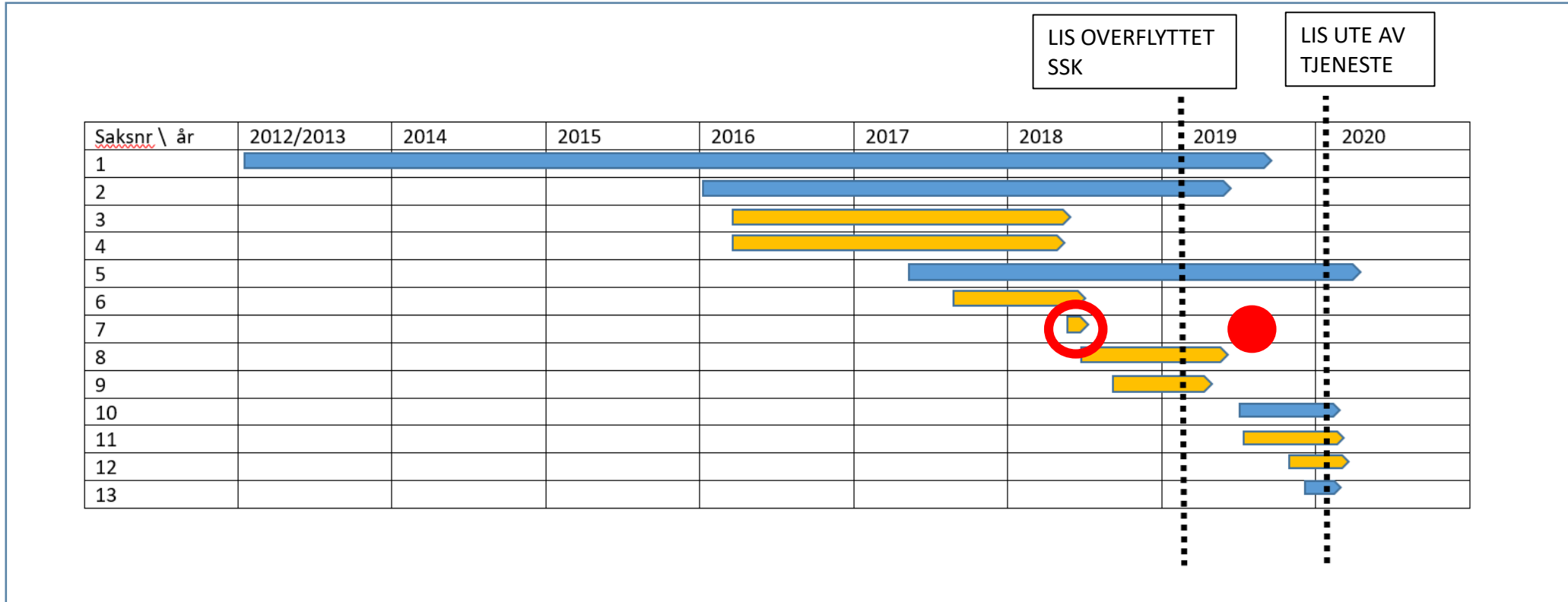


# Hva visste vi på overflyttingstidspunktet av LIS?



Inngår i saken til SHT

# Hva visste vi på overflyttingstidspunktet av LIS?



# 1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

## 1.1 Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer

|  | Status    | Ansvarlig                                       | Tidsplan  |
|--|-----------|---|-----------|
| Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer                                  | Igangsatt | <u>Fagdirektør</u><br>Klinikkdirektører         | Høst 2020 |
| Alenespesialister skal knyttes sammen med større miljøer, og rotasjon på tvers i foretaket iverksettes | Planlagt  | <u>Organisasjonsdirektør</u><br>Klinikkdirektør | Vår 2021  |
| Det skal utvikles en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle leger (se pkt 5)                    | Planlagt  | <u>Organisasjonsdirektør</u>                    | Vår 2021  |
| Pasientforløp gastrokirurgi SSF  | Igangsatt | <u>Fagdirektør</u><br>Klinikkdirektører         | Høst 2020 |
| Økt samarbeid om ortopedipasienter SSF   | Planlagt  | <u>Klinikkdirektør SSF</u>                      | Høst 2020 |

# 2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi

## 2.1 Innføre samvalg

| Tiltak   | Status     | Ansvarlig                | Tidsplan        |
|--|------------|--------------------------|-----------------|
| Strukturert samvalg skal rulles ut i hele foretaket. Minst 80% av pasientene opplever reelt samvalg (i situasjoner hvor samvalg er aktuelt) i 2024.                            | Igang satt | <u>Fagdirektør</u>       | Høst 2020 -2024 |
| Det skal lages fraser (maler) i den elektroniske pasientjournalen som ytterligere sikrer at viktig informasjon (som samvalg) i forbindelse med konsultasjonen blir dokumentert | Planlagt   | <u>Klinikkdirektører</u> | Høst 2020       |
| Det pågår også et arbeid med å profesjonalisere behandlingstekster på sshf.no, slik at informasjon om «før, under og etter behandling» forbedres og tydeliggjøres.             | Igang satt | <u>Fagdirektør</u>       | Høst 2020 ->    |

### 3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner SSF

| Tiltak   | Status    | Ansvarlig  | Tidsplan  |
|--|-----------|--|-----------|
| Det er igangsatt et arbeid sammen med fagmiljøene i SSF for å sikre at listen i generell kirurgi i tilstrekkelig grad er spesifikk og dekkende.  | Igangsatt | <u>Klinikkdirektør SSF</u><br>Fagdirektør                  | Høst 2020 |
| Kartlegging av ortopediske inngrep i SSHF relatert til kapasitet og kompetanseutvikling  | Planlagt  | <u>Fagdirektør</u><br>Klinikkdirektører                    | Vår 2021  |
| Lage en modell for forvaltning av listene hvor ansvar, roller og myndighet til endring i listene beskrives. SSF følger opp at listene etterleves ved SSF. Det legges inn et kvalitetssikrende ledd ved at dette inngår i foretakets egen årlige Ledelsens gjennomgang. | Igangsatt | <u>Fagdirektør</u><br>Kvalitetssjef<br>Klinikkdirektør SSF | Høst 2020 |

# 4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF

## 4.1 Revidere SSHFs ansettelsesrutiner

| Tiltak   | Status    | Ansvarlig       | Tidsplan |
|--|-----------|-----------------|----------|
| Legge til rette for rotasjon og arbeid på tvers i foretaket og etablere rammer for samarbeid i rekrutteringsprosesser.   | Planlagt  | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| Tydeliggjøring av roller og ansvar, og sikre at det identifiseres tiltak ved ansettelse med andre kulturelle bakgrunner/medarbeidere fra utland  | Planlagt  | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| Innarbeide rekrutteringskompetanse i kompetansekrav til ledere, og utvikle rekrutteringskurs for ledere.   | Planlagt  | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| Gode rutiner for dokumentasjon i forbindelse med ansettelse.<br>Utarbeidelse av veileder og mal for referanseinnhenting og mal for å dokumentere prosessen og begrunnelser som ligger til grunn for ansettelsen. | Igangsett | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| Retningslinje om hvor, og hvor lenge dokumentasjon fra ansettelsesprosessen skal oppbevares i tråd med GDPR. Ansvar for at dette innhentes og lagres i dokumentasjon i personalmapper tydeliggjøres i rutinen.   | Igangsett | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |

## 4.2 Forbedre rutiner i Webcruiter

| Tiltak   | Status   | Ansvarlig       | Tidsplan |
|--|----------|-----------------|----------|
| <p>Integrere maler for strukturert intervju, referanseintervju og kvalifikasjonsvurdering i rekrutteringsverktøyet.</p> <p>Innføre automatisk påminning: «ta med attester og vitnemål» når du kommer til intervju og automatisk formulering i utlysningsannonsene og i tildelingsbrevet. Knyttet til at det faktisk er levert dokumentasjon.</p> | Planlagt | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| <p>System for referansesjekk, med digital gjennomføring, sikre dokumentasjon og utforske automatiske sletterutiner i henhold til GDPR -reglene</p>   | Planlagt | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |
| <p>Særlige rutiner for dokumentasjon i WebCruiter ved ansettelse av vikarer og vikarer fra vikarbyrå.</p>  | Planlagt | <u>Org. dir</u> | Vår 2021 |

## 5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF

- Strategi 2021-2024: Kultur for helhet og samarbeid ett av tre «lykkes-med-områder»
- Langsiktig ledelsesarbeid.
  - Høye ambisjoner for kvalitet og pasientsikkerhet ved alle klinikker og lokasjoner deles og eies ved alle ledelsesnivåer i foretaket.
  - Arbeid med å endre kultur. Ledelsesoppfølging.



## 5.1 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers

| Tiltak  | Status      | Ansvarlig                           | Tidsplan          |
|---|-------------|-------------------------------------|-------------------|
| Innføring av Ledelsens gjennomgang i foretaksledelsen fra 2019.   | Gjennomført | <u>Adm. dir</u><br>Foretaksledelsen | <b>2019- 2020</b> |
| Innført nye moduler i den elektroniske Kvalitetsportalen, som gir mulighet for digital oversikt og analyser.<br>Støtte til oppfølging av tilsyn og revisjoner, handlingsplaner og risikovurdering, samt strukturering gjennom året i årshjul.   | Gjennomført | <u>Adm. dir</u><br>Foretaksledelsen | <b>2019- 2020</b> |
| Fagråd - matrise på tvers<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Intern evaluering desember 2018, del av ekstern evaluering 2019</li><li>• 2019 og 2020: Revitalisering av eksisterende fagråd og initiering av nye.</li><li>• Fagrådenes mandat er tydelig beskrevet.</li><li>• I 2020 er 14 fagråd igangsatt og ytterligere 6 fagråd igangsettes innen mars 2021.</li></ul> | Gjennomført | <u>Adm. dir</u><br>Foretaksledelsen | <b>2019- 2020</b> |

| Tiltak  | Status      | Ansvarlig                    | Tidsplan                   |
|---|-------------|------------------------------|----------------------------|
| <p>Fra 2019 er Kvalitet og modernisering – for et bærekraftig sykehus (KOM-programmet) etablert på tvers av klinikker.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En betydelig prosjektportefølje med forbedringsprosjekter</li> <li>• Eksempler: «Pitstop» er strukturerte gjennomganger i somatiske fagområder og prosjektet «Kontinuerlig forbedring» som bidrar med konkrete verktøy for forbedringsarbeid i klinikkene.</li> </ul> | Gjennomført | Adm. dir<br>Foretaksledelsen | 2019- 2020                 |
| <p>Administrerende direktør innførte i 2020 4-5 digitale møter i året med alle klinikkledelsene der hensikten er felles forståelse av utfordringer, forbedringsbehov og retning.</p>  | Gjennomført | Adm. dir<br>Foretaksledelsen | 2019- 2020<br>(fortsetter) |
| <p>Fra 2020 Gjensidige lederavtaler på alle nivåer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikrer at ledelsen i hele SSHF kan oppfylle de krav og forventninger som eier og styret har vedtatt.</li> <li>• Spesifiserer den enkelte leders ansvar for oppfølging og bidrag til gjennomføring av tiltak og måloppnåelse innenfor sitt område det spesifikke året.</li> </ul>   |             |                              |                            |
| <p>Styrking av Somatikk Flekkefjord. I 2018 ble det innført delt kirurgisk vakt og fra 2019 en rotasjonsmodell der ortopeder i Kristiansand opererer i Flekkefjord.</p>   | Gjennomført | Adm. dir<br>Foretaksledelsen | 2019- 2020<br>(fortsetter) |

| Tiltak   | Status      | Ansvarlig  | Tidsplan         |
|--|-------------|--|------------------|
| <p>Faglig samarbeid og infrastruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Flekkefjord inngår i multidisiplinære team-møter på kreftområdet (MDT-møter).</li> <li>Vedtatt investering i ny CT i Flekkefjord for å sikre forbedret kvalitet ved bildetaking og standardisert utstyrsnivå på tvers.</li> <li>Ny hørselssentral i Flekkefjord i 2020 i samarbeid med ØNH-avdelingen i SSHF.</li> </ul> | Gjennomført | <u>Adm. dir</u><br>Foretaksledelsen                            | <b>2019-2020</b> |
| <p>Samarbeid mellom alle tre lokasjonene for å utnytte kapasiteten i foretaket på tvers, spesielt innenfor ortopedi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opptaksgrensene til ortopedi vurderes</li> <li>Investert i digitale videokonferanseverktøy i hele foretaket i perioden 2018-2020 for å bedre samarbeidet på tvers.</li> </ul>  | Igangsett   | <u>Adm. dir</u><br>Økonomidir<br>Org. dir<br>Klinikkdirektører | <b>Vår 2021</b>  |
| <p>Samarbeidsprosjekt SSF/Avdeling for rehabilitering: Felles retningslinjer for poliklinisk vurdering av pasienter med degenerative lidelser muskel/skjelett og samarbeid med fysioterapeutene i SSHF og privatpraktiserende fysioterapeuter.</p>   | Igangsett   | <u>Adm. dir</u><br>Fagdirektør<br>Klinikkdirektører            | <b>Vår 2021</b>  |
| <p>Igangsett opplæring av medarbeidere og laget en årlig plan for strukturert gjennomgang ved bruk av revisjonsmetodikk.</p>   | Igangsett   | <u>Adm. dir</u><br>Fagdirektør<br>Klinikkdirektører            | <b>Vår 2021</b>  |

| Tiltak  | Status    | Ansvarlig                            | Tidsplan                    |
|---|-----------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <p>Digital lederstøtte for kompetanse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innføring av kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Dette gir god digital lederstøtte.</li> <li>Obligatoriske kompetanseplaner for alle medarbeidere fra 2021.</li> </ul>                        | Igangsatt | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>høsten<br/>2020-2021</b> |
| Kartlegging av kompetansekrav og planer som skal gjelde for større målgrupper ved SSHF. Dette er et ledelsesansvar. Fagrådene skal få innspillmulighet.   | Igangsatt | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>høsten<br/>2020-2021</b> |
| <p>Kompetanseutvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oppdatering nasjonal fagutvikling</li> <li>Deltagelse i høstmøter (nasjonalt samlingspunkt for fagområdene)</li> <li>I 2021 legge til rette for felles legeundervisning på tvers.</li> </ul>                        | Igangsatt | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>høsten<br/>2020-2021</b> |
| Medarbeidermodulen i Kompetanseportalen tas i bruk, denne sikrer dokumentasjon av arbeidsmål, utviklingstiltak og medarbeidersamtale.   | Igangsatt | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>høsten<br/>2020-2021</b> |
| <p>Rotasjon og hospitering</p> <p>System for kombinasjon av rotasjon og hospitering for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Kompetanseportalen gir gode rapporter og status for gjennomføring av planlagt og nødvendig kompetanseutvikling ihht definerte kompetansekrav.</p> | Planlagt  | Klinikkdirektør<br><u>Org. dir</u>   | <b>Våren<br/>2021</b>       |
| Avtalefestede overlegepermisjoner vil benyttes mer strategisk i tråd med arbeidsgivers behov, og i tråd med individuell kompetanseplan.   | Planlagt  | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>Våren<br/>2021</b>       |

# 6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning

## 6.1 Individuelle opplæringsplaner

| Tiltak  | Status    | Ansvarlig                            | Tidsplan              |
|---|-----------|--------------------------------------|-----------------------|
| Det pågår et implementerings- og opplæringsarbeid i de kliniske avdelingene av SSHF sine etablerte rutiner.   | Pågående  | Org. dir<br><u>Klinikkdirektører</u> | <b>Våren<br/>2021</b> |
| Anbefalinger for LIS-veiledning i SSHF, med mal for individuell utdanningsplan. Kompetanseportalen er tatt i bruk for å dokumentere innfridde læringsmål og veiledere og avdelingssjefer får opplæring. Veilederkurs er dokumentert i Læringsportalen.  | Pågående  | Org. dir<br><u>Klinikkdirektører</u> | <b>Våren<br/>2021</b> |
| LIS –leger som går i gammel ordning skal dokumentere veiledning i kompetanseportalen.<br>Individuell oppfølging av avdelingssjefer for å følge opp individuelle opplæringsplaner og førende dokumenter for LIS utdanningen inkl. opplæringsplaner for nye medarbeidere,<br>Utarbeidelse av plan for veiledningskurs 2021.<br>Videreutvikle felles kompetansepakker for læringsmål gjennom kompetanseportalen. | Igangsett | Klinikkdirektører<br><u>Org. dir</u> | <b>Våren<br/>2021</b> |

## 6.2 Oppfølging av veiledning og kompetanseutvikling i utdanningen

| Tiltak  | Status   | Ansvarlig                            | Tidsplan         |
|---|----------|--------------------------------------|------------------|
| Veiledermodulen i Kompetanseportalen er tatt i bruk for å dokumenter gjennomførte veiledningssamtaler.<br>Oppstartsamtale med nye LIS gjennomføres innen 14 dager etter oppstart.   | Pågående | <u>Klinikkdirektør</u>               | <b>2020-2021</b> |
| Veiledning og viktige samtaler med LIS-kandidater skal referatføres.<br>Utarbeidelse og implementering av felles kompetanseplan for alle veiledere.   | Planlagt | <u>Org. dir</u><br>Klinikkdirektører | <b>2021</b>      |
| Veiledningstid (1 time pr. måned) innarbeides i arbeidsplanen.  | Planlagt | <u>Org. dir</u><br>Klinikkdirektører | <b>2021</b>      |
| Veiledning og progresjon i utdanningen for hver enkelt LIS følges opp ved gjennomgang/stikkprøver av rapporter i kompetanseportalen og evalueringskollegium som skal skje 2 per år der det blir gjort opp status for alle LIS i avdelingen.   | Planlagt | <u>Org. dir</u><br>Klinikkdirektører | <b>2021</b>      |
| Tilsette utdanningsansvarlig lege som har et overordnet ansvar for å informere og følge opp klinikkene. Dette bidrar til å sikre kontinuitet i oppfølging av LIS2/3 i klinikk. SSHF skal sikre oppdatering og implementering av nasjonal retningslinjer og overordnede SSHF dokumenter for LIS-utdanningen. | Planlagt | <u>Org. dir</u><br>Klinikkdirektører | <b>2021</b>      |

## 6.3 Individuelle rammer og andre tilpasninger

| Tiltak  | Status               | Ansvarlig                | Tidsplan        |
|---|----------------------|--------------------------|-----------------|
| Kompetansevurdering skal utføres og dokumenteres ved oppstart i LIS-stilling. Rammer for stillingen skal tydeliggjøres og skriftliggjøres ved første samtale etter 14 dager.  | Pågående og planlagt | <u>Klinikkdirektører</u> | <b>Fra 2020</b> |
| Uavhengig av tidligere erfaring, skal det gjennomføres og skriftliggjøres en kompetansevurdering. Det er rom for individuell tilpasning etter at kompetansevurdering er utført. Dette skal gjøres skriftlig i kompetanseportalen. | Pågående og planlagt | <u>Klinikkdirektører</u> | <b>2021</b>     |
| At dette skjer, overvåkes ved rapporter i kompetanseportalen.   | Pågående og planlagt | <u>Klinikkdirektører</u> | <b>2021</b>     |

# 7. Håndtering av uønskede hendelser

| Tiltak  | Status               | Ansvarlig   | Tidsplan  |
|---|----------------------|---|-----------|
| SSHF har en god meldekultur. Det er alltid rom for forbedring og det igangsettes en intern kampanje høsten 2020 som fokuserer på uønskede hendelser ifbm operative inngrep og melding på et tidlig tidspunkt. | Planlagt             | <u>Fagdirektør</u>                                    | Høst 2020 |
| Det vil bli innført et digitalt kvalitetsovervåkningssystem våren 2021 som vil bidra til bedre oversikt over meldinger relatert til reoperasjoner og faglig kvalitet.   | Planlagt             | <u>Fagdirektør</u><br>TEH direktør<br>Økonomidirektør | Vår 2021  |
| Revidering og tydeliggjøring av eksisterende rutine relatert til uønsket adferd. Det skal utarbeides i tillegg en veileder med sjekklister for ledere med personalansvar.                                     | Pågående og planlagt | <u>Organisasjonsdirektør</u>                          | Vår 2021  |



| Tiltak  | Status      | Ansvarlig  | Tidsplan    |
|---|-------------|--|-------------|
| Pågående strukturert overvåkning av uønskede hendelser på systemnivå i organisasjonen med månedlig informasjon i foretaksledelsen. Uønskede hendelser behandles også i ordinær behandling i KPU-er. | Igangsatt   | <u>Fagdirektør</u>                                 | Vår 2020 -> |
| SSHF har etablerte varslingsrutiner etter AML kap.2a, som siden våren 2020 har vært underlagt revisjon i et samarbeid med tillitsvalgte og verneombud   | Igangsatt   | <u>Organisasjonsdirektør</u>                       | Vår 2020    |
| Det pågår systematisk arbeid med å gjøre rutinen kjent i organisasjonen i forbindelse med resertifisering av likestilt arbeidsliv og mangfold, samt i et eget kapittel i håndbok for nye ansatte    | Igangsatt   | <u>Organisasjonsdirektør</u><br>Alle ledere i SSHF | Vår 2020 -> |
| Varslingsrutine er revidert og vedtatt.   | Gjennomført | <u>Organisasjonsdirektør</u>                       | Høst 2020   |

# 8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

## Status: Pågående

- Pasienter operert av aktuell LIS lege ved SSK; eller pasienter operert av 2 kirurger ved SSF ble invitert til å ta kontakt for ny undersøkelse dersom de ønsket dette. Denne gjennomgangen med ny undersøkelse er avsluttet ved SSK og planlagt avsluttet ved SSF høsten 2020.
- Når alle pasientene har fått en ny vurdering, vil det bli gjennomført en analyse av omfanget av eventuelle uønskede hendelser, antall meldinger til fylkesmannen og Norsk pasientskadeerstatning. Analysearbeidet vil vise om det er behov for ytterligere tiltak. Dersom det fremkommer slikt behov, vil dette organiseres og gjennomføres.

Framdrift og ansvarlig: **Klinikkdirektør SSF og fagdirektør. Våren 2021**

# Status for gjennomgang 20 oktober 2020

---

|     |               |  |
|-----|---------------|--|
| SSK | Pasientgruppe | Invitert alle 192 pasienter som er operert av aktuell lege til ny undersøkelse. 130 pasienter tok telefonisk kontakt og 99 av disse ønsket undersøkelse. Avdelingen kontaktet selv de som ikke ringte. I etterkant er det 3 pasienter som har takket nei til time og totalt 96 pasienter er undersøkt. Ingen gjenstår  |
| SSF | Pasientgruppe | Ved SSF tok totalt 426 pasienter kontakt med forespørsel om hvilken lege de var operert av.<br><br>Av disse var 303 personer operert av en av de to aktuelle legene og ønsket ny undersøkelse. Undersøkelsene utføres av ortopeder fra Stavanger Universitetssykehus etter fastlagt protokoll.<br><br>148 personer har fått time og har gjennomført den. 156 personer venter på time for undersøkelse. |

---

# Videre oppfølging

- Administrerende direktør legger opp til en tertialvis rapportering til styret på oppfølgingsarbeidet.
- Administrativt oppfølgingssystem av tiltakene